Deutscher Bundestag
8. Wahlperiode

Drucksache 8/557

07. 06. 77

Sachgebiet 82

Unterrichtung

durch den Bundesrat

Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) — Drucksachen 8/166, 8/173, 8/338 —

hier: Anrufung des Vermittlungsausschusses

Der Bundesrat hat in seiner 446. Sitzung am 3. Juni 1977 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 13. Mai 1977 verabschiedeten Gesetz zu verlangen, daß der Vermittlungsausschuß gemäß Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes aus den nachstehend angegebenen Gründen einberufen wird.

Gründe

1. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 3 Buchstabe a (§ 176 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RVO)**

   In Artikel 1 § 1 Nr. 3 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

   ,a) In Satz 1 wird folgende Nummer 9 eingefügt:

   „9. Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beziehen, es sei denn, sie sind im Zeitpunkt der Stellung des Rentenantrages deswegen nicht versicherungspflichtig, weil sie nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912), zuletzt geändert durch Artikel 3 § 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259), von der Versicherungspflicht befreit sind." '

   Begründung

   Mit der Änderung wird die Wiederherstellung der Regierungsvorlage verfolgt, weil die Verschärfung der Voraussetzungen für den Beitritt keine sachgerechte Lösung darstellt und überdies zu wohl kaum gewollten Ergebnissen führt. So könnte z. B. ein Gewerbetreibender, der nach dem 30. Juni 1977 von dem ihm zustehenden Beitrittsrecht nach § 176 Abs. 1 Nr. 3 RVO keinen Gebrauch gemacht hat oder beigetreten war und nach dem 30. Juni 1977 aus der freiwilligen Versicherung ausgeschieden ist, später als Rentner nicht nach der neuen Nummer 9 der Versicherung freiwillig beitreten, während ein Gewerbetreibender, der wegen seines über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Gesamteinkommens nie nach § 176 Abs. 1 Nr. 3 RVO beitrittsberechtigt war, dieses Recht als Rentner hätte.

2. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 5 Buchstabe a (§ 180 Abs. 1 Satz 3 RVO)**

   a) In Artikel 1 § 1 Nr. 5 ist der Buchstabe a zu streichen.

   b) Vor dem neuen Absatz 4 erhält Nummer 5 folgende Fassung:

   „5. § 180 Abs. 4 erhält folgende Fassung:".

Begründung zu a) und b)

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei unveränderter Versicherungspflichtgrenze

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 821, Goethestraße 56, 5300 Bonn-Bad Godesberg 1, Telefon (0 22 21) 36 35 51

soll allein deshalb erfolgen, um die Mehrbelastung der Krankenkassen durch die Krankenversicherung der Rentner wenigstens teilweise durch höhere Beitragseinnahmen auch bei unverändertem Beitragssatz auszugleichen. Betrof- wird ein Versichertenkreis der schon infolge der Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze von Jahr zu Jahr mit höheren Beiträgen belastet wird. Die zusätzliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die wegen der Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner unumgänglichen Beitragssatzerhöhungen würden für diese Versicherten zu einer nicht vertretbaren Mehrfachbelastung führen. Außerdem handelt es sich um eine Regelung, die aus rein finanziellen Gründen die bisher in der Krankenversicherung vorhandene Identität von Versicherungspflicht-, Beitragsbemessungs- und Leistungsbemessungsgrenze aufhebt.

3. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 6 nach Buchstabe b (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe e RVO),**
   Artikel 1 § 1 nach Nummer 10 (§ 185 RVO),
   Artikel 1 § 1 nach Nummer 39 (§ 376 b RVO),
   Artikel 1 § 3 Nr. 5 nach Buchstabe b (§ 13 Abs. 1 KVLG),
   Artikel 1 § 3 nach Nummer 8 (§ 18 KVLG),
   Artikel 1 § 3 nach Nummer 20 (§ 77 KVLG)

a) In Artikel 1 § 1 Nr. 6 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe c einzufügen:

,c) In Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c wird nach dem Wort „Arbeitstherapie" der Punkt durch ein Komma ersetzt und der folgende Buchstabe f angefügt:

„f) Hauspflege." '

b) In Artikel 1 § 1 ist nach Nummer 10 folgende neue Nummer 10 a einzufügen:

,10a. § 185 erhält folgende Fassung:

„§ 185

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger (Hauspflege), wenn die Hauspflege erforderlich ist, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und eine Krankenhauspflege nicht geboten ist. Hauspflege wird nur insoweit gewährt als eine im Haushalt lebende Person die Pflege nicht durchführen kann.

(2) Hauspflege wird auch gewährt, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist.

(3) Kann ein Krankenpfleger, eine Krankenschwester oder ein anderer Pfleger nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Pflegekraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Pflegekraft entstehenden Kosten steht." '

c) In Artikel 1 § 1 ist nach Nummer 39 folgende Nummer 39 a einzufügen:

,39a. § 376 b wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird mit folgender Änderung Absatz 1:

In Satz 1 und 2 werden jeweils nach dem Wort „Gewährung" die Worte „von Hauspflege und" eingefügt.

b) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend, soweit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a in Verbindung mit § 122 Abs. 1 Satz 2) bei anderen Einrichtungen Beschäftigte regelmäßig als Hilfspersonen in Anspruch genommen werden." '

d) In Artikel 1 § 3 Nr. 5 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe c einzufügen:

,c) In Nummer 5 wird der Punkt nach dem Wort „Arbeitstherapie" durch ein Komma ersetzt; es wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. Hauspflege." '

e) In Artikel 1 § 3 ist nach Nummer 8 folgende neue Nummer 8 a einzufügen:

,8 a. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger (Hauspflege), wenn die Hauspflege erforderlich ist, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und eine Krankenhauspflege nicht geboten ist. Hauspflege wird nur insoweit gewährt, als eine im Haushalt lebende Person die Pflege nicht durchführen kann.

Zugeleitet mit Schreiben des Präsidenten des Bundesrates vom 3. Juni 1977

(2) Hauspflege wird auch gewährt, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist.

(3) Kann ein Krankenpfleger, eine Krankenschwester oder ein anderer Pfleger nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Pflegekraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Pflegekraft entstehenden Kosten steht." '

f) In Artikel 1 § 3 ist nach Nummer 20 folgende neue Nummer 20 a einzufügen:

,20a. § 77 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 und 2 werden jeweils nach dem Wort „Gewährung" die Worte „von Hauspflege und" eingefügt.

b) Es wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absatz 2 gilt entsprechend, soweit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung bei anderen Einrichtungen Beschäftigte regelmäßig als Hilfspersonen in Anspruch genommen werden." '

Begründung zu a) bis f)

Zu a)

Durch eine Änderung des § 182 sowie durch eine Neufassung der Bestimmungen der §§ 185 und 376 b soll die Hauspflege in den Katalog der Regel- und Pflichtleistungen aufgenommen werden, damit die einseitige Bevorzugung der stationären Krankenhilfe beseitigt und eine ausgewogene Regelung der Krankenhilfeleistungen geschaffen wird, die den medizinischen, sozialen und wirtschaftlichen Erfordernissen besser als bisher gerecht wird.

Das System der Krankenhilfeleistungen nach den §§ 182 ff. bevorzugt einseitig die Krankenhauspflege. Die Krankenkassen tragen für einen Krankenhauspflegefall sämtliche Behandlungs- und Pflegekosten und gewähren darüber hinaus noch als Pflichtleistung Haushaltshilfe nach § 185 b, während sie für einen Patienten, der seine Krankheit zu Hause auskuriert, in der Regel nur die Kosten der ärztlichen Behandlung, jedoch keine Pflegekosten übernehmen. Nur wenn die engen Voraussetzungen des § 185 vorliegen, d. h. wenn eigentlich eine stationäre Behandlung erforderlich ist, kann ausnahmsweise als Ermessensleistung der Krankenkasse Hauspflege — die Wartung und Pflege durch Krankenschwestern oder andere Pfleger — neben der ärztlichen Behandlung gewährt werden. Da durch dieses System in den meisten Fällen die notwendige häusliche Pflege nicht sichergestellt werden kann, müssen viele Patienten, die aus medizinischen und sozialen Gründen ebenso gut oder besser zu Hause gepflegt werden könnten, in ein Krankenhaus aufgenommen werden oder muß ein Aufenthalt im Krankenhaus länger als medizinisch erforderlich ausgedehnt werden. Dadurch wird die sog. Krankenhaushäufigkeit heraufgesetzt und die Verweildauer in den Krankenhäusern verlängert. Dieses System ist unwirtschaftlich, da in aller Regel die Kosten ambulanter Behandlung und ambulanter Krankenpflege niedriger sind als die Kosten der Krankenhauspflege.

Aus diesen Erkenntnissen heraus sind in einer Reihe von Bundesländern große Anstrengungen unternommen worden, durch Sozialstationen und ähnliche Einrichtungen zur Verbesserung der Angebote in der Gemeindekrankenpflege beizutragen. Besteht ein funktionierendes System solcher Einrichtungen, lassen sich die Kosten, die im stationären Bereich entstehen, reduzieren. Deshalb müssen die Bemühungen um eine Verringerung der Verweildauer in Krankenhäusern und um einen Abbau von Krankenhausbetten begleitet werden durch einen gleichzeitigen Ausbau ambulanter Dienste.

Zur Sicherung des Ausbaues und des Betriebes von Sozialstationen bedarf es — neben den Zuschüssen von Ländern und Gemeinden — einer regelmäßigen finanziellen Beteiligung auch der Krankenkassen.

Die aufgeführten Ziele lassen sich nur verwirklichen, wenn die Hauspflege zu einer Regelleistung im Rahmen der Krankenhilfe erhoben wird.

Zu b)

Die Neufassung des § 185 will erreichen, daß die Gewährung von Hauspflege nicht mehr voraussetzt, daß grundsätzlich Krankenhauspflege geboten ist. Dies ist ein falscher Anknüpfungspunkt, der nur eine Steigerung der Zahl der Aufnahmen ins Krankenhaus und der Dauer der Krankenhauspflege und damit eine Kostensteigerung bewirkt. Durch die Änderung der Bestimmungen soll die Gewährung von Hauspflege allein davon abhängig gemacht werden, daß Hauspflege nach ärztlichem Urteil erforderlich ist. Allein aus medizinischen Gründen soll entschieden werden, ob eine ambulante Krankenpflege oder eine Krankenhauspflege besser zu einer Heilung von der Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden beitragen kann und notwendig ist. Hauspflege soll auch nur in dem Umfang gewährt werden, der von Haushaltsangehörigen nicht erfüllt werden kann.

Hauspflege soll nach Absatz 2 zusätzlich auch dann eintreten, wenn ausnahmsweise eine an

sich notwendige Krankenhauspflege nicht durchgeführt werden kann.

Die Regelung des Absatzes 3 entspricht der Regelung des § 185 b Abs. 2 Satz 2 RVO und deren vorgesehener Ergänzung nach der Vorlage der Bundesregierung. Hauspflege soll grundsätzlich durch Gestellung einer Pflegekraft geleistet werden. Dabei soll entweder auf eigene Pflegekräfte der Krankenkasse oder auf Pflegekräfte von Sozialstationen, Gemeindepflegestationen oder ähnliche Einrichtungen, die in der Regel von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege unterhalten werden, zurückgegriffen werden. Soweit solche Pflegekräfte nicht gestellt werden, sollen die angemessenen Kosten für selbst beschaffte Pflegekräfte erstattet werden. Wie für § 185 b vorgesehen, sollen Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade grundsätzlich bei der Kostenerstattung nicht berücksichtigt werden.

Zu c)

Die Krankenkasse soll — wie bei der Haushaltshilfe — das für die Hauspflege benötigte Pflegepersonal entweder selbst anstellen können oder — was in der Regel tatsächlich geschehen dürfte — die bewährten Dienste von Sozialstationen, Gemeindepflegestationen und ähnlichen Einrichtungen in Anspruch nehmen. Soweit auf die Pflegekräfte anderer Einrichtungen zurückgegriffen wird, sollen die Krankenkassen verpflichtet sein, durch Verträge mit den Trägern der Einrichtungen einerseits die Erbringung der Dienstleistungen sicherzustellen und andererseits angemessene Vergütungen für die eingesetzten Kräfte zu leisten.

Hilfskräfte von Sozialstationen, Gemeindepflegestationen und ähnlichen Einrichtungen wirken nicht nur durch die Hauspflege nach § 185 an den Leistungen der Krankenhilfe mit, sondern werden auch zu ergänzenden Leistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung herangezogen (§ 185 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a in Verbindung mit § 122 Abs. 1 Satz 2). Die mit den Trägern der Einrichtungen zu schließenden Verträge sollen sich auch auf diese Leistungen erstrecken, um ein kontinuierliches Angebot dieser Dienste durch die Einrichtungen zu gewährleisten.

Zu d)

Folge der Änderung des Artikels 1 § 1 Nr. 6 (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO).

Zu e)

Folge der Änderung des Artikels 1 § 1 nach Nummer 10 (§ 185 RVO).

Zu f)

Folge der Änderung des Artikels 1 § 1 nach Nummer 39 (§ 376 b RVO).

4. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 7 (§ 182 a RVO), Artikel 1 § 3 Nr. 6 (§ 14 KVLG)**

In Artikel 1 § 1 Nr. 7 und in § 3 Nr. 6 ist jeweils folgender Satz 3 anzufügen:

„Von der Zahlung nach Satz 1 sind Personen, die Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des Bundessozialhilfegesetzes haben, in jedem Fall befreit."

Begründung

Der Arzneikostenanteil müßte in jedem Einzelfall bei Personen, die Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt haben, als Sonderbedarf im Rahmen des § 12 BSHG vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Diese zusätzliche Belastung der Sozialhilfe ist sachlich nicht gerechtfertigt; außerdem würden nicht vertretbare Verwaltungskosten entstehen, da der Sozialhilfeempfänger bei jedem Rezept vor dem Gang zur Apotheke einen Antrag beim Sozialamt stellen müßte.

5. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 10 (§ 184 Abs. 2 RVO), Artikel 1 § 3 Nr. 8 (§ 17 Abs. 2 KVLG), Artikel 2 § 17 Abs. 2**

a) In Artikel 1 § 1 ist die Nummer 10 und in Artikel 1 § 3 ist die Nummer 8 zu streichen.

b) In Artikel 2 § 17 Abs. 2 sind die Bezeichnung „10 und" sowie die Zahl „8" zu streichen.

Begründung zu a) und b)

Es ist nicht gerechtfertigt, die Gewährung der Krankenhauspflege gegenüber dem Versicherten von dem Abschluß einer Vereinbarung über Verfahrensfragen und ähnliche Fragen nach § 372 RVO abhängig zu machen.

6. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 12 (§ 187 RVO), Artikel 1 § 3 Nr. 4 (§ 11 KVLG)**

In Artikel 1 § 1 Nr. 12 sind in § 187 RVO und in Artikel 1 § 3 Nr. 4 sind in § 11 KVLG jeweils in Satz 2 die Worte „für Arbeitnehmer" zu streichen.

Begründung

Es erscheint rechtssystematisch bedenklich, im Gesetz die Versichertengruppe der Arbeitnehmer herauszuheben und nur für sie Sonderregelungen zuzulassen, auch wenn dahinter im Hinblick auf § 7 des Lohnfortzahlungsgesetzes die Absicht steht, Arbeitnehmern während einer Kur die Lohnfortzahlung zu erhalten. Mit der beantragten Streichung soll den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, nicht nur bei Arbeitnehmern, sondern auch in anderen sozial vertretbaren Fällen die gesamten Kosten zu übernehmen.

7. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 17 Buchstaben a und c (§ 205 RVO),**
   Artikel 1 § 3 Nr. 12 Buchstaben a und c (§ 32 KVLG),
   Artikel 2 § 6

a) In Artikel 1 § 1 sind in Nummer 17 Buchstabe a die Worte „, kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet," zu streichen.

b) Artikel 1 § 1 Nummer 17 Buchstabe c ist wie folgt zu fassen:

‚c) In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt gefaßt: „Die Satzung kann Leistungen nach Absatz 1 auf sonstige Angehörige erstrekken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden und sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten; Absatz 1 Satz 3 gilt."'

c) In Artikel 1 § 3 sind in Nummer 12 Buchstabe a die Worte „und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet" zu streichen.

d) Artikel 1 § 3 Nummer 12 Buchstabe c ist wie folgt zu fassen:

‚c) Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung: „Die Satzung kann Leistungen der Familienhilfe auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden und sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten."'

e) Als Folge sind in Artikel 2 § 6 die Worte „Buchstaben a oder b" jeweils zu ersetzen durch die Worte „Buchstabe b".

Begründung zu a) bis e)

Ein Gesamteinkommen von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße entspricht derzeit einem Betrag von 370 DM. Es erscheint auch und gerade unter familienpolitischen Gesichtspunkten äußerst bedenklich, unterhaltsberechtigte Ehegatten und Kinder bereits bei einem so niedrigen Einkommen von der Familienkrankenhilfe auszuschließen.

Jede Leistungsbegrenzung nach der Höhe des Einkommens muß insbesondere wegen der Notwendigkeit einer fortlaufenden Überprüfung einen erheblichen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen. Auch aus dieser Überlegung sollte von der vorgesehenen Einschränkung der Familienkrankenhilfe abgesehen werden.

8. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 Buchstabe b (§ 368 a Abs. 8 RVO),**
   Artikel 1 § 1 Nr. 31 (§ 368 c Abs. 2 Nr. 11 RVO)

a) In Artikel 1 § 1 entfällt Buchstabe b; Nummer 30 ist wie folgt zu fassen:

‚30. In § 368 a Abs. 7 werden die Worte „nach Verzicht" durch die Worte „mit dem Wirksamwerden eines Verzichts" ersetzt.'

b) In Artikel 1 § 1 Nr. 31 Buchstabe a ist in § 368 c Abs. 2 die Nummer 11 wie folgt zu fassen:

„11. die Voraussetzungen für die Beteiligung von leitenden Krankenhausärzten, den Umfang und die Dauer der Beteiligung sowie das Erfordernis, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beteiligung in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen,".

Begründung zu a) und b)

Die derzeit bestehenden Möglichkeiten, zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung Krankenhausärzte zu beteiligen, haben sich als ausreichend erwiesen. Es ist deshalb nicht erforderlich, für alle Krankenhausfachärzte eine Beteiligungsmöglichkeit zu schaffen. Die vorgesehene Regelung läßt nicht nur eine Verteuerung des Gesundheitswesens erwarten, sie gefährdet auch die Tätigkeit der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte. Die Bindung der Ärzte an das Krankenhaus würde zum Nachteil der freien Praxis verfestigt. Hierdurch würde auch die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin erschwert. Die Bemühungen um eine gleichmäßige ärztliche Versorgung insbesondere auch in ländlichen Gebieten würden weitgehend zunichte gemacht.

9. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 31 Buchstabe b (§ 368 c Abs. 2 Nr. 12 RVO)**

In Artikel 1 § 1 Nr. 31 ist Buchstabe b zu streichen.

Begründung

Krankenhäuser sind ärztlich geleitete Einrichtungen i. S. des geltenden § 368 c Abs. 2 Nr. 12 RVO. Es besteht daher keine Veranlassung, sie besonders zu erwähnen. Sollte — worauf die Beratungen im Bundestag hindeuten — mit der Neufassung der Nr. 12 eine Erweiterung der Möglichkeiten angestrebt werden, Krankenhäuser im Wege der Ermächtigung an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen zu lassen, so muß dem entgegengetreten werden, weil hierfür kein Bedürfnis besteht.

10. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 32 Buchstabe 6 (§ 368 f Abs. 3 und 4 RVO)**

In Artikel 1 § 1 Nr. 32 Buchstabe b ist in § 368 f Abs. 3 der Satz 2 zu streichen.

Als Folge entfallen in § 368 f Abs. 4 die Worte „unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte". *)

Begründung

Nach Auffassung des Bundesrats muß es den Vertragspartnern überlassen bleiben, an welchen Kriterien sie sich bei ihren Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütung orientieren. Die Vertragsparteien sollen dabei auch weiterhin die Möglichkeit haben, anstelle oder in Verbindung mit linearen Erhöhungen auch strukturelle Veränderungen in der Vergütung ärztlicher Leistungen zu vereinbaren.

Im übrigen stößt die Bezugnahme auf die Daten des jeweiligen Jahreswirtschaftsberichts auch deshalb auf Bedenken, weil es sich bei diesen Daten um Zielvorgaben der Bundesregierung über eine erwünschte wirtschaftliche Entwicklung handelt. Die tatsächlichen Werte können davon erheblich abweichen, wie sich bereits jetzt für das Jahr 1977 zeigt.

11. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 32 (§ 368 f Abs. 4 RVO),**
Artikel 1 § 1 Nr. 54 Buchstabe a (§ 525 c Abs. 2 RVO),
Artikel 1 § 2 Buchstabe a (§ 204 a Abs. 1 RKG),
Artikel 2 § 5 Abs. 2

a) In Artikel 1 § 1 Nr. 32 sind

aa) in Buchstabe b der Absatz 4 zu streichen,

bb) die Eingangsworte des Buchstaben b wie folgt zu fassen:
„Absätze 2 und 3 erhalten folgende Fassung:",

cc) die Eingangsworte des Buchstaben c wie folgt zu fassen:
„Absatz 4 wird wie folgt geändert:",

dd) **) die Eingangsworte des Buchstaben e wie folgt zu fassen:
„Es werden folgende Absätze 5, 6 und 7 angefügt:"; in Buchstabe e werden die Absätze 6 bis 8 Absätze 5 bis 7; in Absatz 6 — neu — ist in Zeile 4 die Zahl „6" zu ersetzen durch die Zahl „5".

b) ***) In Artikel 1 § 1 Nr. 54 Buchstabe a sind zu ersetzen

aa) die Worte „§ 368 f Abs. 1 bis 3, 5 und 6" durch die Worte „§ 368 f Abs. 1 bis 5",

bb) die Worte „Abs. 4 und 7 gelten" durch die Worte „Abs. 6 gilt".

c) In Artikel 1 § 2 Buchstabe a sind die Worte „4 und 7" zu ersetzen durch die Zahl „6".

d) **) In Artikel 2 § 5 Abs. 2 ist die Zahl „6" zu ersetzen durch die Zahl „5".

Begründung zu a) bis d):

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß zunächst der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden sollte, ohne gesetzlichen Zwang Empfehlungen über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung zu beschließen und damit den bereits mit Erfolg beschrittenen Weg fortzusetzen. Der Bundesrat schlägt zusätzlich eine konzertierte Aktion aller am Gesundheitswesen Beteiligten vor, die Rahmen- und Orientierungdaten für die Leistungsentgelte und Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen entwickeln soll.

12. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 32 Buchstabe e (§ 368 f Abs. 6 und 7 RVO),**
Artikel 1 § 1 Nr. 54 Buchstabe a (§ 525 c Abs. 2 RVO),
Artikel 1 § 2 Buchstabe a (§ 204 a Abs. 1 RKG),
Artikel 2 § 5

a) In Artikel 1 § 1 Nr. 32 Buchstabe e sind in § 368 f die Absätze 6 und 7 zu streichen; Absatz 8 wird Absatz 6; die Eingangsworte lauten: „Es wird folgender Absatz 6 angefügt:".

b) In Artikel 1 § 1 Nr. 54 Buchstabe a sind in § 525 c Abs. 2 Satz 1 die Worte „und 6" sowie „Abs. 4 und 7 gelten" zu ersetzen durch die Worte „Abs. 4 gilt". ****)

c) In Artikel 1 § 2 Buchstabe a sind die Worte „und 7" zu streichen.

d) In Artikel 2 § 5 ist Absatz 2 zu streichen.

Begründung zu a) bis d)

Zu a)

Der Bundesrat hält an seiner Auffassung fest, daß die Einbeziehung eines Arzneimittelhöchstbetrages in den Gesamtvertrag die Gefahr in sich birgt, daß hierdurch die Verordnungspraxis der Ärzte in bedenklicher Weise eingeschränkt wird und bei den Versicherten der Eindruck entstehen könnte, ihre Versorgung mit Arzneimitteln sei nicht optimal.

---

*) Entfällt bei Streichung des Absatzes 4 — vgl. Ziffer 11 —
**) Entfällt bei Übernahme von Ziffer 12
***) Entfällt bei Übernahme von Ziffer 22
****) Entfällt bei Annahme von Ziffer 22

Die vom Bundestag beschlossene Konfliktlösung bei Überschreitungen des vereinbarten Höchstbetrages, die nicht auf vertretbare Ursachen zurückzuführen sind, stellt sogar eine Verschärfung gegenüber dem Regierungsentwurf dar. Die Regelung, daß der Überschreitungsbetrag im Wege des Einzelregresses gegenüber denjenigen Kassenärzten ausgeglichen werden soll, die durch eine unwirtschaftliche Verordnungsweise hervorgetreten sind, übersteigt die Möglichkeiten einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und ist verwaltungsmäßig nicht durchführbar.

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß die auch im Bereich der Arzneimittelversorgung unerläßlich notwendige Kostendämpfung in ordnungspolitisch einwandfreier und zugleich praktikabler Form am ehesten und wirkungsvollsten im Rahmen einer konzertierten Aktion der an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten zu verwirklichen ist.

Zu b) bis d)

Folgeänderungen.

13. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 36 Buchstabe c (§ 368 n Abs. 5 RVO)**

In § 368 n Abs. 5 sind

a) Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Den Ausschüssen gehören Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl an.";

b) nach Satz 2 ist folgender neuer Satz einzufügen:

„Sie beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit."

Begründung

Im Interesse der Kontinuität sollte auf einen zwingenden Vorsitzwechsel verzichtet werden. Auch sollten entsprechend der für Zulassungsausschüsse geltenden Regelung Entscheidungen nur bei Stimmenmehrheit getroffen werden können.

14. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 39 (§ 371 Abs. 1 und 2 RVO)**

In Artikel 1 § 1 Nr. 39 ist § 371 Abs. 1 und 2 wie folgt zu fassen:

„(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser zu gewähren, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind oder die sich gegenüber den Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben.

(2) Die Landesverbände sind berechtigt, die Erklärung binnen drei Monaten abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist oder die Ziele des Krankenhausplanes gefährdet werden. Die Ablehnung oder die Annahme der Bereiterklärung eines Krankenhauses und die Kündigung des Vertrages bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden. Die Kündigung ist unter den Bedingungen von Satz 1 nur mit einer Frist von zwei Jahren möglich. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen."

Begründung

Die Formulierung in Absatz 1 stellt sicher, daß Hochschulkliniken und alle Krankenhäuser, die im Bedarfsplan aufgenommen sind, sich den Krankenkassen gegenüber zur Gewährung von Krankenhauspflege nicht mehr ausdrücklich anbieten müssen.

In Absatz 2 ist klargestellt, daß andere Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind, unter gewissen Voraussetzungen zur Krankenhauspflege berechtigt sind. Die Ablehnung oder die Annahme ihres Angebots gegenüber den Krankenkassen ist von der Zustimmung der Aufsichtsbehörde abhängig. Damit ist sichergestellt, daß diese Krankenhäuser auch dann abgelehnt werden können, wenn sie unabhängig von ihrer Leistungsfähigkeit die Krankenhausplanung gefährden.

15. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 39 (§ 372 Satz 1, 3 und 4 RVO)**

In Artikel 1 § 1 Nr. 39 sind in § 372 die Sätze 1, 3 und 4 durch folgenden Satz 1 zu ersetzen:

„Die Landesverbände schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit den Landesverbänden der Krankenhäuser Rahmenverträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Bescheinigungen sowie Übernahme und Abwicklung der Kosten."

Begründung

Eine Notwendigkeit für vertragliche Regelungen besteht nur für die im Änderungsvorschlag genannten Bereiche. Es erscheint ausreichend, wenn die Landesverbände hierüber Rahmenverträge abschließen.

16. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 39 (§ 372 Satz 2 RVO)**

In Artikel 1 § 1 Nr. 39 ist in § 372 der Satz 2 zu streichen.

Begründung

Das Gesetz stellt zwar klar, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Bestandteile der Krankenhauspflege sind und insoweit die ambulante kassenärztliche Versorgung nicht berühren. Trotzdem erscheint es verfrüht, jetzt schon die Möglichkeit vertraglicher, allgemeiner Regelungen über

vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zu öffnen. Damit zusammenhängende Probleme sind noch keineswegs übersehbar. Insbesondere hinsichtlich der vorstationären Diagnostik fehlen Erfahrungen darüber, in welchen Fällen sie überhaupt in Betracht kommt und in welchem Umfang durch sie eine Abkürzung der Krankenhausverweildauer und ein kostensenkender Effekt zu erwarten ist. Entsprechend der Entschließung der 37. Gesundheitsministerkonferenz am 27. Februar 1976 wird es deshalb für angebracht gehalten, eine gesetzliche Regelung erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn die Ergebnisse der einschlägigen Untersuchungen des Deutschen Krankenhaus-Instituts und der laufenden Modellversuche bekannt und ausgewertet worden sind.

17. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 41 Buchstabe a (§ 385 Abs. 2 RVO),**
Artikel 1 § 1 Nr. 44 (§ 393 b Abs. 1 RVO),
Artikel 1 § 1 Nr. 51 (§ 514 Abs. 2 RVO)

a) In Artikel 1 § 1 Nr. 41 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

,a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Summe der Beiträge der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten beträgt den Vomhundertsatz der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten gezahlten Renten, der dem durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 225) und der Ersatzkassen am ersten Tage des Kalenderjahres (§ 381 a Abs. 3) entspricht." '

b) In Artikel 1 § 1 Nr. 44 sind in § 393 b Abs. 1 Satz 1 die Worte „§ 381 Abs. 2" durch die Worte „§ 381 Abs. 2 bis 2 b" zu ersetzen.

c) In Artikel 1 § 1 Nr. 51 sind in § 514 Abs. 2 die Worte „381 Abs. 2 und 3 Satz 2 und 3" durch die Worte „318 d, § 381 Abs. 2 bis 2 e, Abs. 3 Satz 2 und 3" zu ersetzen.

B e g r ü n d u n g zu a) bis c)

Vgl. Begründung der Änderung der Vorschriften über die Krankenversicherung der Rentner im 20. Rentenanpassungsgesetz zu Artikel 2 § 1 Nr. 01 und weiteren Nummern.

18. **Zu Artikel 1 § 1 Nr. 42 (§ 389 RVO) und weiteren Vorschriften**

a) In Artikel 1 § 1 ist Nummer 42 wie folgt zu fassen:

,42. § 389 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „acht" durch das Wort „elf" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Gemeindeverband" durch das Wort „Bund" ersetzt.

bb) Satz 3 wird gestrichen.

c) Es wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Der Garantieträger kann erst in Anspruch genommen werden, wenn und soweit

1. die Beiträge für Regelleistungen den am 1. Januar 1977 geltenden Beitragssatz der Kasse, mindestens aber den durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen und Ersatzkassen (§ 381 a Abs. 3) um mehr als zwei Prozentpunkte ein Jahr lang durchgehend überschreiten und voraussichtlich ein weiteres Jahr überschreiten werden,
2. das Rücklageguthaben nicht mehr als ein Viertel der in § 364 Abs. 1 Satz 1 genannten Höhe beträgt und weiteres verwertbares Vermögen nicht vorhanden ist.

Die Aufsichtsbehörde soll den Garantieträger rechtzeitig über die Entwicklung und ihre Ursachen unterrichten." '

b) Nach Nummer 20 ist folgende Nummer 20 a einzufügen:

,20 a. In § 260 wird das Wort „sechs" durch das Wort „neun" ersetzt.

c) Es ist folgende Nummer 41 a einzufügen:

,41 a. In § 386 wird das Wort „sechs" ersetzt durch das Wort „neun".'

d) Es ist folgende Nummer 41 b einzufügen:

,41 b. § 388 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „sechs" durch das Wort „neun" ersetzt;

b) In Satz 2 wird das Wort „siebeneinhalb" durch das Wort „zehn" ersetzt.'

e) Es ist folgende Nummer 42 a einzufügen:

,42 a. In § 390 Satz 1 wird das Wort „acht" durch das Wort „elf" ersetzt.'

B e g r ü n d u n g zu a) bis e)

Zu a)

1. Der Bundesrat hat bereits zum Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz zum Ausdruck gebracht, daß eine ersatzlose Streichung der Garantiepflicht für die Ortskrankenkassen nicht gerechtfertigt ist. Er hat Steuerungsmittel verlangt, die die stabili-

sierende Funktion des Höchstbeitrages und der Garantiepflicht ggf. übernehmen könnten (BR-Drucksache 771/74).

Die Streichung der Garantiepflicht ist keine zwangsläufige Folge der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Das Bundessozialgericht (BSGE 34, 177) hat nicht entschieden, daß die Garantiepflicht verfassungswidrig ist, sondern daß sie bei verfassungskonformer Auslegung des § 389 RVO den Bund und nicht die Gemeindeverbände trifft.

Im übrigen wäre es auch widerspruchsvoll, die Garantiepflichten für Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen aufrechtzuerhalten (§ 390 RVO), die für die Ortskrankenkassen (§ 389 RVO) aber nicht. Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen können nämlich aufgelöst und müssen im Notfall von Amts wegen geschlossen werden (§§ 272, 274, 278, 279 RVO) — Möglichkeiten, die es bei Ortskrankenkassen praktisch nicht gibt.

Schließlich wäre es wenig sinnvoll, wie vorgesehen, zwar einen „Höchstbeitrag" aufrechtzuerhalten, aber keine wirklich bedeutsamen Rechtsfolgen daran zu knüpfen.

Die Streichung ist im gegenwärtigen Zeitpunkt weniger vertretbar denn je, weil durch Kostenentwicklung und Neuverteilung der Rentner-Krankenversicherung Lasten auf die Ortskrankenkassen zukommen, deren Gewicht sich noch nicht voll ermessen läßt, die aber auf jeden Fall zu beträchtlichen Beitragssatzerhöhungen führen werden. Der nach Artikel 20 GG für die Sozialpolitik verantwortliche Staat darf die Ortskrankenkassen gerade zu diesem Zeitpunkt nicht im Stich lassen.

2. Allerdings muß der Bundeshaushalt vor einer vorzeitigen und übermäßigen Inanspruchnahme geschützt werden. Dafür reicht ein Höchstbeitragssatz von 8 v. H. nicht mehr aus; er muß ohnehin für die Beschlußfassung nach Absatz 1 auf 11 v. H. angehoben werden (vgl. § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB IV). Die Voraussetzungen der Garantiepflicht müssen daher neu geregelt werden.

   Als Anknüpfungspunkte bieten sich für die nächste Zukunft der gegenwärtige Beitragssatz der einzelnen Ortskrankenkasse und der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen und Ersatzkassen an, die zu tragen den Solidargemeinschaften zugemutet werden muß.

   Erst wenn diese Beitragssätze in wesentlichem Maße für längere Zeit überschritten werden, also Zufälligkeiten ausgeschlossen werden können, soll die Allgemeinheit helfend eingreifen. Voraussetzung ist weiter, daß die Kasse zuallererst selber ihre finanziellen Möglichkeiten ausgeschöpft hat.

   Dieses abgestufte Haftungssystem ist gerechter als die gegenwärtige Gesetzeslage mit praktisch unbegrenzten Haftungsmöglichkeiten und gerechter auch als die völlige Lossagung des Staates aus der Verantwortung. Die betonte Zurückhaltung, mit der die Ortskrankenkassen die Garantierechte bisher wahrgenommen haben, und ihr legitimes Interesse an der eigenverantwortlichen Krankenkasse lassen erwarten, daß die Garantiepflichten auch künftig als Eckpfeiler staatlicher Sozialpolitik gesunde Steuerungsfunktionen ausüben werden.

Zu b) bis e)

Folgeänderungen.

19. Zu Artikel 1 § 1 nach Nummer 46

In Artikel 1 § 1 ist nach Nummer 46 folgende Nummer 46 a einzufügen:

‚46 a. Nach § 405 wird folgender Abschnitt Sechs A eingefügt:

„Abschnitt Sechs A

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 405 a

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Lasten gemeinsam

1. Rahmen- und Orientierungsdaten für die Leistungsentgelte (Umfang und Bewertung) und
2. Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (konzertierte Aktion im Gesundheitswesen).

(2) An der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen nehmen auf Einladung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Ärzte, der Zahnärzte, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Länder teil. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen. Dem Sozialbeirat und dem Bundesgesundheitsrat ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Die als Grundlage für die Beratung erforderlichen Daten werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zur Verfügung gestellt und erläutert; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend."'

Begründung

Der Bundesrat hält an seiner im 1. Durchgang vertretenen Auffassung fest, daß eine „konzertierte Aktion" im Gesundheitswesen eingesetzt werden sollte. In der konzertierten Aktion sollen alle zusammenwirken, denen Verantwortung für das Gesundheitswesen zukommt. Ziel ist, daß jeder Bürger die bestmögliche medizinische Versorgung zu tragbaren Preisen erhält.

Dieses Ziel soll auf freiwilliger Basis erreicht werden. Das erfordert eine umfassende Einbeziehung (und damit Einbindung) der Beteiligten. Das ist auch eine — aus dem Zweck der Regelung folgende — Leitlinie für den verantwortlichen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bei der ihm obliegenden Entscheidung darüber, welche Organisationen im einzelnen berücksichtigt werden sollen. So sollten, was zum Beispiel die Ärzte und Zahnärzte betrifft, auch deren freie Verbände mit beteiligt werden.

Die Vorschriften verzichten bewußt auf eine enge Begrenzung der Aufgabenstellung und die Vorgabe einer Vielzahl genau beschriebener Kriterien, an denen sich die Arbeit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen orientieren soll. Statt dessen wird die Arbeit der konzertierten Aktion unter „Erfolgszwang" stehen.

20. Zu Artikel 1 § 1 nach Nummer 46

In Artikel 1 § 1 wird in den neu einzufügenden Abschnitt Sechs A folgender § 405 b aufgenommen:

„§ 405 b

Die Bundesregierung hat den gesetzgebenden Körperschaften jeweils im Abstand von zwei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 1979, einen Bericht über die Erfahrungen mit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen und deren Ergebnisse vorzulegen, darin auch darzulegen, inwieweit die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang mit der Einkommensentwicklung der Versicherten gebracht werden konnte, und gegebenenfalls Vorschläge für die zu treffenden Maßnahmen zu machen."

Begründung

Nach dieser Vorschrift soll die Bundesregierung erstmals zum 30. Juni 1979 und danach jeweils im Abstand von zwei Jahren über die Erfahrungen mit der konzertierten Aktion berichten.

§ 405 b macht deutlich, daß Erfolg oder Mißerfolg auch daran gemessen werden soll, inwieweit es gelingt, die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang mit der Einkommensentwicklung der Versicherten zu bringen.

Kommt die Bundesregierung bei der Erfüllung ihrer Berichtspflicht wider Erwarten zu dem Ergebnis, daß die vorgeschlagene freiheitliche und freiwillige Lösung trotz der erforderlichen intensiven Bemühungen des verantwortlichen Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nicht zu einem positiven Ergebnis im Sinne einer Verbesserung und Kostendämpfung im Gesundheitswesen geführt hat, so soll sie den gesetzgebenden Körperschaften Vorschläge machen, das heißt Entwürfe für gesetzliche Regelungen vorlegen.

21. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 47 Buchstabe b (§ 414 b Abs. 2 a Satz 1 RVO)

In § 414 b Absatz 2 a ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die Satzungen der Landesverbände können einen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen eines Landes für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller beteiligten Mitgliedskassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet."

Begründung

Die Änderung enthält im wesentlichen wieder die vom Bundesrat am 11. März 1977 (Drucksache 8/173) gegenüber dem Regierungsentwurf vorgeschlagene Regelung.

Bei länderübergreifenden Verbänden (§ 414 Abs. 2 RVO) sollen die Finanzausgleiche auf die Mitgliedskassen innerhalb der einzelnen Bundesländer beschränkt werden.

Die von Bundestag beschlossene Formulierung scheidet die bundesunmittelbaren Krankenkassen, obwohl diese Mitglieder eines Landesverbandes sind, aus dem Finanzausgleich aus. Sie begünstigt damit die Entwicklung sehr unterschiedlicher Strukturen innerhalb der Mitgliedskassen eines Landesverbandes.

Bei einer Reihe von Landesverbänden der Betriebskrankenkassen werden auf Initiative der betroffenen Selbstverwaltungen bereits z. T. weitgehende Belastungsausgleichsverfahren unter Einbeziehung der bundesunmittelbaren Kassen durchgeführt.

Diese Bemühungen würden durch die Fassung des Gesetzes weitgehend in Frage gestellt.

22. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 54 Buchstaben a, b und c (§ 525 c RVO),

Artikel 1 § 1 Nr. 35 Buchstabe d (§ 368 i Abs. 8 und 9 RVO),

Artikel 2 § 8

a) In Artikel 1 § 1 Nr. 54 werden die Buchstaben a und b gestrichen;

Nummer 54 ist wie folgt zu fassen:

‚54. § 525 c Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Folgender Satz 1 wird eingefügt:

„Für Verträge über Krankenhauspflege gelten §§ 371 und 372."

b) Der bisherige einzige Satz wird Satz 2.'

b) In Artikel 1 § 1 Nr. 35 Buchstabe d ist

aa) in Absatz 8 Satz 2 das Wort „sieben" durch das Wort „fünf" zu ersetzen und der zweite Halbsatz wie folgt zu fassen: „für die weitere Zusammensetzung gilt § 204 a Abs. 1 Satz 4 des Reichsknappschaftsgesetzes."

bb) in Absatz 9 Satz 3 der zweite Halbsatz zu streichen.

c) In Artikel 2 wird § 8 gestrichen.

Begründung

zu a)

Die sinngemäße Anwendung von Vorschriften des Kassenarztrechts auf das Vertragsrecht der Ersatzkassen enthält einen Eingriff in die Vertragsautonomie der Ersatzkassen, die angesichts der erfolgreichen Bemühungen der Ersatzkassen, die Ausgabenentwicklung zu begrenzen, nicht erforderlich erscheint und daher das gegliederte System der Krankenversicherung unnötig verändern würde. Hinzuweisen ist insbesondere auf die Vereinbarung der Ersatzkassenverbände mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die bisherige Vergütungsregelung bis 1978 zu verlängern.

zu b)

Folgeänderungen

zu c)

Es erscheint nicht gerechtfertigt, den Pflichtkassen durch Gesetz aufzuerlegen, ihrer gemeinsamen Gebührenordnung die E-Adgo zugrunde zu legen.

23. Zu Artikel 1 § 4, Artikel 2 §§ 13, 15 und 17 Abs. 2

a) Artikel 1 § 4 wird gestrichen.

b) Artikel 2 § 13 wird gestrichen.

c) In Artikel 2 § 15 werden die Worte „und des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze" gestrichen.

d) In Artikel 2 § 17 Abs. 2 sind die Worte „§ 4 Nr. 1 bis 7 und 10 bis 17," sowie die Worte „und Artikel 2 § 13" zu streichen.

Begründung zu a) bis d)

Die vom Deutschen Bundestag im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz beschlossenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes regeln Einzelfragen dieses Gesetzes. Die Probleme des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sollten jedoch in ihrer Gesamtheit in einer zusammenhängenden erweiterten Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch in diesem Jahr geregelt werden.

Im übrigen Folgeänderungen.

24. Zu Artikel 1 nach § 6

In Artikel 1 ist nach § 6 folgender neuer § 7 einzufügen:

„§ 7

Zuständigkeitsänderung bei den landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern in Schleswig-Holstein

(1) Mit der Durchführung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung im Land Hamburg wird die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft beauftragt.

(2) Mit der Durchführung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung im Land Hamburg wird die Landwirtschaftliche Krankenkasse beauftragt, die bei der Schleswig-Holsteinischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichtet ist.

(3) Mit der Durchführung der Altershilfe für Landwirte im Land Hamburg wird die landwirtschaftliche Alterskasse beauftragt, die bei der Schleswig-Holsteinischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichtet ist.

(4) § 44 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden."

Begründung

Durch die Schaffung eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses soll erreicht werden, daß die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und damit auch die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Krankenkasse sowie die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Alterskasse den Status landesunmittelbarer Körperschaften erhalten. Diese Regelung lehnt sich an die für die Hannoversche landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft gefundene Lösung an (§ 14 Abs. 2 des Gesetzes über Zulagen und Mindestleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung und zur Überleitung des Unfallversicherungsrechts im Land Berlin vom 29. April 1952 — BGBl. III 8321 — 11 — und § 44 Abs. 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 — BGBl. I S. 1433). Die von der Bundesregierung in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Bundesrates zur Anpassung der Bezirke der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften an die Gebietsreform (Drucksache 7/4594) erhobenen verfassungsrechtlichen Bedenken sind deshalb unbegründet.

Wenn sich die Bundesregierung außerdem auf die gesetzliche Festschreibung der Bezirke der

landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften beruft, so ist dem entgegenzuhalten, daß durch Gesetz durchaus andere Regelungen getroffen werden können.

Ferner ist auch das Argument nicht stichhaltig, daß eine gesetzliche Beauftragung nur Sinn hätte, wenn auch für Hamburg eigene Träger geschaffen würden. Im Gegenteil soll gerade durch die Beauftragung vermieden werden, daß für Stadtstaaten eigene Träger errichtet werden müssen. Für Berlin führt die Hannoversche landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, die der Aufsicht des Landes Niedersachsen untersteht, die Aufgaben durch, ohne daß eigene Träger in Berlin bestehen.

Was schließlich den Hinweis auf § 791 in Verbindung mit § 652 Abs. 2 RVO angeht, so handelt es sich hier nicht um die Auflösung einer Berufsgenossenschaft, sondern um die Verlagerung der Aufsicht bei Erhaltung des Trägers.